

鳥取県中部保健医療圏地域保健医療協議会 公募委員 応募用紙

(令和3年 月 日)

(ふりがな) 氏名	()	生年 月日		性別	
住所	(〒 -)			職業	
連絡先	電話番号： ※平日昼間繋がりがやすい番号を記入してください				
	電子メール： ※メールアドレスをお持ちの場合は記入してください				
応募資格の確認 (該当する項目全てにチェックを入れてください。)	<input type="checkbox"/> 県内中部に住所地を有する。 <input type="checkbox"/> 18歳以上で、地域保健医療の推進に関心があり、施策、事業などの提案に意欲がある。 <input type="checkbox"/> 年2回程度、主に平日夜間に中部地域で開催する会議に出席できる。 <input type="checkbox"/> 任命時に、県の他の執行機関及び附属機関の委員に併任又は就任予定はない。 <input type="checkbox"/> 鳥取県暴力団排除条例(平成23年鳥取県条例第3号)に規定する暴力団員等ではない。 <input type="checkbox"/> 県議会議員及び県職員並びに市町村長及び市町村議会議員ではない。				
地域保健医療等に係るこれまでの関わり					
県の地域保健医療等に係る施策に対する考え、思いなど (400字程度)					